

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1934

THÈSE

N^o
177

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Marius CAUNEAU

Né le 3 Octobre 1907, à St-MARTIN-DES-NOYERS (Vendée)

L'Inversion Utérine Chronique
d'Origine Obstétricale

Président : Monsieur BRINDEAU, professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1934

THÈSE

N°

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Marius CAUNEAU

Né le 3 Octobre 1907, à St-MARTIN-DES-NOYERS (Vendée)

L'Inversion Utérine Chronique
d'Origine Obstétricale

Président : Monsieur BRINDEAU, professeur.

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1934

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LAVASTINE
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	FIESSINGER.
	Maur. VILLARET.
Clinique médicale.....	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	Marcel LABBE.
Clinique des maladies des enfants.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	NOBECOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses.....	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique.....	LENORMANT.
Clinique urologique.....	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Professeurs sans chaire.....	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiatrie.	FEY	Urologie.
BENARD Henri	Pathologie médicale.	GALLIARD	Parasitologie.
BERNARD Et.	Pathologie médicale.	GASTINEL	Bactériologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
BROCC	Pathologie chirurgicale.	DE GAUDART	
BULLIARD	Histologie.	D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.	GAYET	Physiologie.
CHABROL	Pathologie médicale.	GIROUD	Histologie.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.	HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
DONZELOT	Pathologie médicale.	HAZARD	Pharmacologie.



MM.

HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBE Henri... Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE Guy. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY (M^{me} J.).. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-
 DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUENU Pathologie chirurgicale.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 SEZARY Dermatologie et syphiligraphie.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) Pathologie médicale.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

AGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT..... Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-
 LEMAIRE.... Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ABRAMI }
 CHIRAY } Clinique médicale.
 DUVOIR }
 BASSET }
 HEITZ-BOYER . }
 MOCQUOT } Clinique chirurgicale
 SCHWARTZ }

MM.

GUENIOT }
 LE LORIER.... } Clinique obstétricale.
 LEVY-SOLAL .. }
 METZGER }

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé. Education physique.
 FREY Stomatologie.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE ET MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU
Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous fait le grand honneur de
présider cette thèse.

Qu'il veuille bien accepter l'expres-
sion de notre respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEROUX

Chirurgien des Hôpitaux

*Professeur de Clinique Obstétricale à l'Ecole de Médecine
de Nantes*

Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici, le
témoignage de notre profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS RAMOND
Médecin de l'Hôpital Laënnec

Hommages respectueux et reconnaissants.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

L'INVERSION UTÉRINE CHRONIQUE

D'ORIGINE OBSTÉTRICALE

Introduction

L'inversion utérine chronique d'origine obstétricale est une affection fort rare. Cependant on en rencontre un certain nombre d'observations dans la littérature, car il est bien peu d'auteurs qui, s'étant trouvés en présence d'un ou de plusieurs cas, n'aient résisté à la tentation de les publier.

Nous devons au Docteur LEROUX trois observations de malades atteintes d'inversion utérine chronique *post-partum*. Il les a toutes les trois rencontrées depuis la guerre. Il nous a paru intéressant de les grouper et d'en faire le sujet d'une thèse. Nous y ajouterons quelques observations prises dans la littérature.

Partant de ces cas, nous profiterons de l'occasion pour décrire l'affection. Nous en examinerons l'étiologie, l'anatomie pathologique. Nous basant uniquement sur nos observations, nous tenterons de décrire la symptomatologie de la maladie.

Quant au traitement, il est connu depuis longtemps et fut en particulier bien étudié par FRESSON dans sa thèse en 1902 et par OUI, au Congrès de gynécologie et d'obstétrique de Nantes la même année. Nous décrirons assez longuement les méthodes opératoires qui nous paraissent les plus intéressantes et poserons quelques indications.

Observations

OBSERVATION N° I

Elle remonte à 1922. M. le Docteur Leroux étant de passage chez un de ses amis, D^r P..., à A..., celui-ci lui demande d'examiner une femme, de ses clientes, qui avait accouché prématurément après 7 mois 1/2 de grossesse, six mois auparavant. Depuis lors, cette pauvre femme, porteuse d'une tumeur vaginale (polype ou inversion) faisait des métrorragies de sang rosé. Ces pertes, par leur continuité avaient fini par épuiser cette malheureuse. Le Docteur Leroux la trouve dans le petit hospice du pays, profondément anémiée et amaigrie. L'examen montre une inversion typique de l'utérus, avec la grosse tumeur utérine en battant de cloche dans le vagin et dont le pédicule était circonscrit par le bourrelet du col. Entre ce bourrelet et le pédicule une rigole circulaire dont le fond était explorable sur tout son pourtour. Par l'abdomen, l'exploration montrait l'absence de corps utérin, ce qui confirmait le diagnostic.

Le Docteur Leroux qui était alors interne de l'Hôpital Lariboisière, à Paris, tente de la faire transporter dans son service. Pour des raisons d'ordre administratif ce transport ne se fit pas.

Plusieurs mois après, il apprit que la malade avait succombé d'anémie progressive, consécutive à ses pertes.

OBSERVATION N° 2

Le deuxième cas remonte à avril 1931. Le Docteur Leroux est appelé un jour par le D^r M..., de N... (Loire-Inférieure), auprès de Mme M..., qui était accouchée depuis un mois 1/2 entre ses mains et qui, disait le médecin, devait faire une inversion utérine avec hémorragies graves.

C'était le premier accouchement de Mme M...

En arrivant, le D^r M... raconte l'histoire suivante : il y avait un mois 1/2, accouchement avec forceps simple, puis délivrance. Le D^r M... ajoute avoir fait un peu d'expression utérine, comme il a l'habitude de la pratiquer, l'ayant fait des milliers de fois sans ennui. De fait la délivrance se fait bien, mais après son évacuation, la malade est prise d'un état de choc, sans hémorragie, d'une gravité extrême. Le D^r M... redit son angoisse de toute la nuit et la peine qu'il eut à la faire revenir à elle. Il usa, ajoute-t-il, toute sa réserve de piqûres toni-cardiaques : 15 ampoules y passèrent !

Peu à peu la malade reprit le dessus, les suites de couches ayant été bonnes, à peine fébriles.

Au bout de quatre semaines, elle se lève, mais quelques jours après, elle est prise de pertes séro-sanguinolentes, puis sanglantes, qui, avec des alternatives d'arrêt et de reprises, ont amené la malade à son état actuel.

Depuis la veille, les pertes de sang sont devenues plus abondantes et l'examen de la malade a montré au D^r M... qu'il s'agit d'une inversion de l'utérus.

A l'examen le Docteur Leroux se trouve en présence d'une femme exsangue ; le pouls est à 140, la température 38°3. Elle perd du sang rosé. Le toucher montre une masse utérine inversée dans le vagin, la muqueuse donnant une impression veloutée, le sillon circulaire utérin, le pédicule, le bourrelet étant très nets.

Par l'abdomen pas d'utérus, le diagnostic est évident.

Reste la question du traitement qui se pose dans des conditions exceptionnellement graves. L'utérus semble étranglé, a

saigné et continue à saigner ; il y a donc urgence à intervenir. Mais la malade supportera-t-elle l'opération ? Le Docteur Leroux décide d'abord de la remonter par du sérum, puis quand la tension artérielle et le pouls seront meilleurs la malade pourra peut-être être transportée et opérée. Il est 8 heures.

A 23 heures, la malade est opérée avec l'aide du Professeur Grosse. Colpo-hystérotomie antérieure par le procédé de Kehrer.

Voici le compte rendu opératoire :

« Exposition du fond utérin inversé à l'aide de valves et abaissement de l'utérus avec deux pinces de Museux fixées aux cornes utérines. Incision du cul-de-sac antérieur du vagin et décollement progressif de la zone de clivage vésico-utérine jusqu'à l'ouverture du cul-de-sac péritonéal. Ce cul-de-sac ouvert on explore au doigt l'infundibulum utérin d'où sortent les deux pavillons tubaires et les ovaires ; on peut ainsi s'assurer de l'absence d'anses intestinales dans l'utérus. Incision sur toute son épaisseur, de la paroi actuellement antérieure jusqu'au voisinage du fond. Dans l'infundibulum ainsi ouvert on voit les trompes et les ligaments ronds. Réduction de l'inversion : l'utérus divisé en deux valves droite et gauche est retourné sur son axe longitudinal. Les pouces sont mis dans l'infundibulum et les doigts réinversent aisément l'organe, malgré l'épaisseur et la rigidité relative des parois utérines des trompes et des ligaments ronds. Ce temps essentiel terminé, l'utérus a repris sa disposition normale, sa cavité est reformée, il est seulement basculé en avant. Il présente sur sa paroi actuellement devenue postérieure la brèche opératoire qu'il s'agit de fermer. Pour cela, il faut redresser l'utérus afin d'exposer la plaie utérine. On suture en deux plans au catgut : surjet muqueux et points séparés sur le muscle. Ce temps est assez laborieux, surtout quand on approche du col.

Réduction de l'utérus au travers de la brèche péritonéale antérieure de façon à faire basculer l'utérus de 180° autour

d'un axe transversal, passant par le col. Drainage à l'aide d'une mèche vésico-utérine.

Cette opération se passe sans incident. Mme M... déjà très choquée au début, va survivre dans des conditions très précaires jusqu'au lendemain matin et succomber à son anémie progressive vers huit heures, malgré tous les efforts faits et une transfusion sanguine.

OBSERVATION N° 3

Le 13 avril 1931, entre à l'Hôtel-Dieu de Nantes, Mme E..., avec le diagnostic de polype utérin. Elle est âgée de 32 ans et exerce la profession de cultivatrice dans le Morbihan. Elle a déjà un enfant qui est âgé de trois ans et a accouché il y a six semaines. Elle n'a jamais fait de fausse-couche. Son premier accouchement s'est passé sans incident. Pour le second : début du travail un samedi matin ; accouchement le dimanche après-midi. 10 minutes après la naissance de l'enfant, l'accoucheur, pour avoir la délivrance, tire sur le cordon. Cette opération est très douloureuse pour la patiente, qui aussitôt délivrée se met à saigner abondamment. Une piqure d'ergotine a cependant raison de l'hémorragie.

Les jours suivants, la malade garde le lit et n'accuse guère qu'une légère fatigue avec quelques pertes rouges, sans douleurs, quand huit jours après l'accouchement, à l'occasion d'un effort de défécation apparaît à la vulve, une masse charnue. Un médecin consulté porte le diagnostic de prolapsus utérin. Les trois semaines suivantes, la malade toujours au lit reprend rapidement ses forces ; elle commence même à se lever un mois après l'accouchement. Mais dès qu'elle reste trop longtemps debout, au moindre effort, la masse charnue apparaît à la vulve. Elle a toujours des pertes rouges, peu abondantes, mais répétées. En plus quelques pertes blanches, mais pas de douleurs. C'est la persistance de ces troubles qui

l'amène à entrer à l'Hôtel-Dieu, sur le conseil de son médecin, avec le diagnostic de polype utérin.

Là, on l'examine le 14 avril 1931 ; l'état général paraît excellent ; la malade est un peu anémiée par ses petites hémorragies. Elle n'a pas de fièvre, le pouls est à 80. A la palpation l'abdomen est partout souple et indolore. Au toucher on sent dans le vagin, qu'elle remplit, une masse arrondie, piriforme, du volume d'une orange ; sa surface est lisse, régulière ; sa consistance assez ferme. Les culs-de-sac vaginaux se continuent par un bourrelet, le bourrelet du col, à l'intérieur duquel se trouve un sillon circulaire dont on explore complètement le fond. La palpation abdominale combinée au palper montre l'absence totale de corps utérin dans l'abdomen. A l'examen au spéculum, la surface de cette masse est rouge, veloutée, saignante.

Il s'agit bien d'une inversion utérine, et non d'un prolapsus ou d'un polype fibreux.

L'opération est pratiquée le 17 avril 1931. Technique de Colpo-hystérotomie postérieure de Küstner-Piccoli. Rachi-anesthésie.

Mise en place d'une valve postérieure. Saisie des deux cornes utérines inversées au moyen de deux pinces de Muzeux. Sur la corne droite on aperçoit l'ostrum utérinum. Toute la muqueuse est passée à l'Iode. Abaissement de l'utérus, par relèvement de la masse qui déchire facilement sous la pince. On met ainsi en lumière le cul-de-sac postérieur que l'on incise au ras du col, transversalement. On arrive tout de suite dans le péritoine. Exploration au doigt du cul-de-sac de Douglas, dans lequel on sent l'infundibulum utérin duquel sort le pavillon des trompes, les ovaires étant en dehors de l'infundibulum. Incision de la paroi postérieure jusque et y compris le fond utérin, cette incision venant sur la première transversale du cul-de-sac postérieur, avec laquelle elle dessine un T. A l'intérieur de l'infundibulum apparaissent le ligament rond et les trompes.

Retournement de l'utérus, ce que réussissent à faire les pouces introduits dans l'infundibulum. La brèche opératoire

se trouve donc ouverte maintenant en avant, le col utérin en haut, le fond en bas. Suture au catgut en surjets de la muqueuse utérine. Suture au catgut en points séparés de la musculuse qui coupe un peu sous les points de suture. Suture du col : on laisse d'ailleurs un ou deux points à faire avant de réduire l'utérus. Cette réduction est assez pénible. Après avoir augmenté l'incision de colpotomie postérieure on n'y parvient qu'en faisant passer une corne avant l'autre.

On achève alors la suture du col. On met en place dans le Douglas un drain en T ; on termine l'opération après rétrécissement de la brèche de colpotomie postérieure par la mise en place dans la vessie d'une sonde à demeure.

Suites opératoires excellentes. Jamais la malade ne fait de fièvre. Drain et sonde retirés au bout de trois jours. A noter qu'elle reste longtemps allongée sur le ventre, pour empêcher la rétroversion possible.

Cependant le toucher pratiqué huit jours après l'intervention montre un utérus en rétroversion légère avec un col un peu déchiré, mais sa mobilisation est indolore. Les culs-de-sac sont parfaitement souples. La malade qui ne souffre plus et ne perd plus du tout, quitte l'hôpital au début du mois de mai.

Le 13 juin suivant, M. le Docteur Leroux reçoit une lettre de la malade qui dit qu'elle est parfaitement bien et qu'elle a pu reprendre son travail avec autant de facilité qu'avant sa grossesse.

Nous ajoutons à ces observations personnelles du Docteur Leroux, quelques autres que nous empruntons à la littérature.

OBSERVATIONS DE M. HEINTZE

(Thèse, Strasbourg, 1920)

I. — Femme de 28 ans. Lors du deuxième accouchement, le 31 décembre 1907, forte hémorragie pendant la délivrance. Décollement manuel du placenta par la sage-femme. Quatre

mois après, nouvelle hémorragie. Le médecin constate une inversion du deuxième degré et fait des tamponnements pendant trois semaines sans succès. Opération le 5 mai 1908 : colpotomie antérieure. Hystérotomie médiane. Réduction assez difficile. Guérison. Dans ce cas, l'inversion s'est produite très probablement par des manœuvres maladroites lors de la délivrance artificielle et s'est accentuée plus tard.

II. — Inversion utérine du deuxième degré par suite d'un avortement du troisième mois. Multipare de 29 ans. Douze jours après, avortement soigné par sage-femme, le médecin trouve une inversion utérine avec placenta adhérent. Il enlève le placenta et envoie la malade à l'hôpital. Au toucher on sent une tumeur dans le vagin, ainsi que tous les signes de l'inversion utérine caractéristique. Forte hémorragie, écoulements fétides. Un peu de fièvre. Opération : colpotomie antérieure. Hystérotomie médiane partielle, réduction. La malade meurt de péritonite.

OBSERVATION EMPRUNTEE A M. HO-DAC-DI

(*Presse Médicale*, août 1931)

Mme N..., âgée de 21 ans. Un enfant bien portant. Est envoyée d'urgence le 7 février 1931 pour inversion utérine et métrorragies.

A l'interrogatoire elle dit qu'en mars 1929 elle a accouché d'un enfant bien portant, mais l'accouchement est suivi d'une délivrance artificielle longue et pénible. Aussitôt inversion utérine réduite immédiatement.

Un mois après, douleurs pelviennes sourdes, sensation de gêne et de pesanteur dans le vagin qui l'obligent à garder le lit. Se faisant elle-même un toucher, elle sent alors une surface arrondie, lisse, qu'elle peut refouler dans le pelvis. Après ces manœuvres, elle ne souffre plus, mais n'a pas ses règles.

En décembre 1930, les douleurs et pesanteurs réapparaissent, avec en plus, des hémorragies peu abondantes, mais continues. Les choses durent et s'aggravent. On l'envoie d'urgence à l'hôpital.

Femme très anémiée, état général très précaire, pouls filiforme et rapide.

Au toucher, tumeur dure, arrondie, lisse, saignante, de la grosseur d'une orange. Dans le fond du vagin, anneau circulaire au travers duquel la tumeur fait hernie. En combinant au toucher le palper abdominal on note absence d'utérus dans l'abdomen. Le diagnostic d'inversion utérine chronique s'impose. Tentatives de réduction qui restent vaines, l'anneau résistant aux manœuvres de taxis.

Hystérectomie totale par voie abdominale. Suites opératoires normales ; la malade reste cependant pendant quelque temps très anémiée.

Etiologie

Ce sont surtout les causes d'origine obstétricale qui nous intéressent dans ce travail. Nous allons les étudier, puis nous verrons que les malades de nos observations ne font pas exception à la règle et apporterons sur leurs cas quelques remarques particulières.

Nous distinguerons dans cette étude étiologique deux chapitres. Dans le premier, nous verrons quelles sont les conditions préalables qui favorisent, qui sont indispensables même à l'inversion utérine. Dans le second nous en étudierons les causes adjuvantes.

Conditions préalables

Avant tout, c'est l'inertie utérine qui constitue cet état de parésie bien particulier de la fibre utérine qui se refuse à toute contraction, si bien connu des accoucheurs. L'utérus est là flasque, mou. Il est facile de comprendre que la moindre pression, le moindre tiraillement sur le cordon, le retourneront alors très facilement. Que l'inertie soit totale ou seulement localisée au niveau de l'insertion placentaire, le résultat est le même.

C'est une condition presque indispensable à l'inversion.

La multiparité qui s'accompagne d'un état de flaccidité spécial du muscle utérin et d'une grande min-

ceur de ce muscle serait également une cause favorisante.

D'après OLIVIERA MELLO, l'âge de la gestation aussi interviendrait et, d'après lui, la possibilité d'inversion serait en raison directe de la durée de la gestation et partant moins fréquente au cours de l'avortement et de l'accouchement prématuré. Cependant, SCOTT et HEINTZE rapportent deux cas d'inversion utérine à la suite d'un avortement. Dans notre observation I, la malade accoucha prématurément (7 mois 1/2) et fit une inversion.

Un col largement ouvert est indispensable au passage de la masse utérine.

Causes adjuvantes

Les tractions intempestives, répétées, hâtives sur le cordon, dans le but de décoller le placenta et de délivrer la femme, peuvent amener le renversement utérin, surtout s'il existe des adhérences utéro-placentaires. L'accoucheur tire sur le cordon ; le placenta ne se décollant pas, le muscle utérin le suit et, croyant libérer la patiente de l'arrière-faix, l'opérateur inverse en réalité l'utérus.

L'expression utérine, pour évacuer le placenta, lorsqu'elle est faite avec trop de rigueur, lorsqu'elle est faite par des mains inexpérimentées qui localisent leur pression, est aussi une cause d'inversion utérine fréquente. L'emploi de la méthode de Credé a permis d'observer cet accident.

On cite d'autres causes plus rares qui sont également possibles. Ce sont la brièveté du cordon : un cordon trop court à la fin du travail peut tirer sur un

arrière-faix quelque peu adhérent et amener avec lui le fond utérin.

Une femme surprise, accouchant debout, ce qui est fort rare, la femme ayant dans ce cas une tendance à s'accroupir, peut inverser son utérus, toujours par le mécanisme de tiraillements sur le cordon ; c'est le poids du fœtus qui est alors actif.

Le fœtus, lorsqu'il est chassé par les contractions utérines pourrait, en agissant à la manière d'un piston, qui fait le vide derrière lui, retourner l'utérus.

JACQUEMIER a soutenu que par son seul poids le placenta pouvait entraîner le muscle utérin.

D'autre part, il faut bien le dire, on cite des cas où l'inversion s'est produite d'une façon insidieuse durant la période s'étendant entre l'expulsion de l'enfant et la délivrance, sans qu'aucune cause ne puisse être invoquée.

Nous n'écarterons pas, dans cette étude étiologique, certaines causes qui intéressent plus particulièrement le gynécologue : ce sont le polype et d'une manière générale les tumeurs d'origine utérine. Dans notre observation III l'utérus inversé fut pris pour un polype. Le polype peut donc être une cause d'erreur de diagnostic et nous en reparlerons. Il peut être aussi une cause d'inversion lorsqu'il est inséré sur le fond et la surface interne de l'utérus. A mesure qu'il grossit, il descend vers le col qu'il dilate, puis il est directement accouché par l'utérus dont il entraîne le fond, retournant ainsi l'organe. L'on assiste, à mesure que le polype se développe, à tous les stades de l'inversion utérine au ralenti.

Les cas particuliers originaux qui ont été le point de départ de cette thèse ne font que confirmer ces notions générales d'étiologie. Ils justifient quelques remarques particulières que nous allons exposer :

Obs. II. — Montre qu'il s'agissait d'une primipare, contrairement à la règle générale. Cette primipare, après un accouchement normal, au forceps tout de même, a présenté un état de choc grave après la délivrance. La délivrance aurait été aidée par des manœuvres d'expression utérine (comme d'habitude dit le médecin). Il est probable que ces manœuvres d'expression, survenant sur un utérus vraisemblablement atone, ont déclenché le début de l'inversion.

Obs. III. — Se rapproche du mécanisme tout à fait classique, puisqu'on retrouve la multiparité et la traction sur le fond utérin par l'intermédiaire du cordon. Cependant, et ceci semble être le point le plus intéressant de l'observation, il semble bien que l'inversion utérine ne se soit pas réalisée aussitôt après l'accouchement, mais seulement un certain temps après : la femme a bien fait une hémorragie de la délivrance jugulée par une piqûre d'ergotine, mais ce n'est que huit jours après que la masse charnue est apparue à la vulve à l'occasion d'un effort de défécation.

De tels faits peuvent être rapprochés de l'observation de LAFFONT et JAHIER ⁽¹⁾, dans laquelle c'est seulement au troisième jour après l'accouchement que s'est produite l'inversion.

On peut donc admettre qu'à côté de l'inversion utérine aiguë, complète, immédiatement réalisée, que les obstétriciens connaissent bien, il existerait des cas, peu communs à la vérité, dans lesquels l'inversion s'amorcerait seulement au moment de la délivrance selon l'un des procédés envisagés plus haut et ne s'accentueraient jusqu'au degré d'inversion complète que dans les jours qui suivent : trois, huit et plus.

L'observation de HEINTZE montre qu'en dehors de toute manœuvre l'inversion peut se produire et l'on peut attribuer un rôle important à l'atonie utérine, conséquence et complication de l'infection qui empêchant le col de se refermer explique la possibilité d'inversion utérine.

Anatomie pathologique

Nous venons d'étudier l'étiologie de l'inversion utérine. Les cas particuliers que nous avons observés nous ont permis de faire des remarques intéressantes. Nous allons faire maintenant l'étude anatomopathologique de l'affection. En suivant toujours le même principe, nous nous rapporterons à nos cas observés. Disons dès maintenant qu'entre l'inversion aiguë et l'inversion chronique il existe des différences provenant en particulier de ce que l'involution utérine progresse malgré le retournement de l'organe.

Qu'elle soit aiguë ou chronique, on peut distinguer quatre degrés à l'affection. Le premier degré n'est constitué que par une simple dépression de l'organe, qui prend la forme d'un « cul de bouteille ». Dans le deuxième, le fond de l'utérus atteint l'orifice interne du col. Dans un troisième, poursuivant son inversion, l'utérus descend dans le vagin. Là, il est pendant, en battant de cloche. Dans ce degré, le plus fréquent, le col ne participe pas à l'inversion. Si, au contraire, l'utérus est entièrement retourné, nous avons, constitué, le quatrième degré.

Les malades de nos observations présentaient toutes les trois le troisième degré. En effet, chez aucune d'elles le col n'a participé aux phénomènes. Ce troisième degré va être le type de notre description.

Vu par voie vaginale, l'utérus se présente de la façon suivante : sa surface interne est devenue

externe et tapisse maintenant toute la masse, qui est rouge vif. Cette masse, plus volumineuse dans les cas aigus *post-partum*, était, chez nos malades, du volume d'une orange. Au toucher, elle donnait l'impression d'être veloutée.

Le fond même de l'organe est le plus bas situé. Sur ce fond, on peut trouver de chaque côté deux petits orifices correspondant à la sortie des trompes dans l'utérus : ce sont les ostia uterina. Cette masse est plus grosse à sa base ; elle va en s'amincissant à mesure que l'on approche de son insertion, qui se fait par un véritable pédicule. Ce pédicule offre des particularités intéressantes. La masse utérine amincie pénètre dans un anneau circulaire formé par le col, qui peut serrer plus ou moins l'organe. Cet anneau forme un bourrelet que sentira parfaitement le doigt de l'accoucheur qui aura à faire le diagnostic. Entre le bourrelet et le pédicule se trouve un sillon, lui aussi circulaire. Il constitue tout le tour l'orifice d'entrée d'une cavité en cul-de-sac, dont la profondeur sera inversement proportionnelle au degré de l'inversion. Ainsi se présentent les choses du côté vaginal.

Voyons maintenant ce qui s'est passé du côté abdominal : supposons l'abdomen ouvert. Normalement, l'utérus occupe une place entre le rectum et la vessie. Il est d'autre part en contact avec un certain nombre d'organes qu'il va entraîner, apportant ainsi des changements assez considérables.

L'utérus est inversé, son absence forme un vide entre le rectum et la vessie : on voit alors un orifice en forme d'entonnoir, orifice qui est entouré d'un bord arrondi, constitué par la surface externe de l'utérus. Cette surface est recouverte par le péritoine. L'orifice constitue l'entrée d'une cavité ou *infundibulum* dans laquelle, au cours de l'intervention, on

peut faire pénétrer le doigt. Ont suivi le fond utérin : les trompes, qui sont tendues ; si on les suit on voit qu'elles descendent sur les bords latéraux de l'infundibulum jusqu'au fond. Nous retrouvons facilement leurs orifices par le vagin : les ostia uterina. On peut comparer l'utérus inversé vu par l'abdomen à un vase du fond duquel sortent les trompes, comme des fleurs qui s'épanouissent par leurs pavillons. L'ovaire reste en dehors de la cavité utérine.

Les ligaments ont suivi, eux aussi. Les ligaments larges se sont plissés pour pénétrer dans l'infundibulum. Les ligaments ronds, qui viennent des orifices inguinaux internes, se sont tendus. De même les ligaments utéro-vésicaux.

Le ligament suspenseur de l'ovaire de His est le plus tendu. BAR le considère comme un véritable frein, comme un *ligament d'arrêt de l'inversion*. Il a examiné une pièce anatomique d'une femme morte d'inversion utérine. De la colonne lombaire jusqu'à l'infundibulum le ligament formait, sous le péritoine, un tendon saillant.

Toujours d'après BAR, il serait le seul à jouer un rôle véritablement efficace d'arrêt. En effet, le ligament rond, qui est long, peut suivre l'utérus sans se trouver trop tendu ; les ligaments larges de même. Tant qu'aux ligaments utéro-sacrés et pubio-vésico-utérins, ils s'insèrent sur la base du col et ne peuvent de ce fait s'opposer à l'inversion.

Les vaisseaux utéro-ovariens pénètrent aussi dans l'infundibulum ; ils vont être tendus.

Au niveau du pédicule de la tumeur, que forme le muscle utérin, se trouve, nous l'avons vu, un anneau formé par le col. Cet anneau pourra se contracter, il y aura, de ce fait, une modification de la circulation sanguine, l'utérus devenant une véritable tumeur

étranglée. Les veines, molles, subiront beaucoup plus facilement la constriction que les artères plus dures, d'où stase sanguine, œdème, hémorragies.

Dans l'inversion chronique, l'état des organes dépend en grande partie de l'âge des lésions par rapport à l'accouchement. La circulation utérine est profondément gênée par la position déclive de l'organe par le véritable agent d'étranglement chronique que constitue l'anneau cervical qui persiste presque toujours. Les lésions principales vont donc être le résultat de la stase vasculaire chronique. Dans le cas le plus récemment observé, après l'accouchement la muqueuse était veloutée, relativement saine, humide et suintante. L'utérus, peu douloureux, ayant déjà subi en grande partie son involution.

L'obs. II, vue un mois et demi après l'accouchement, montrait un utérus qui avait saigné très abondamment de façon chronique. La muqueuse était pâle, exsangue et comme atrophiée.

Dans l'obs. I, la malade fut vue plus de six mois après un accouchement prématuré. L'utérus se présentait revêtu d'une muqueuse irrégulière, ulcérée et sécrétant de façon abondante un liquide séro-purulent et fétide. Malgré cette stase et cette gêne de la circulation, dans aucune de nos trois observations il ne s'est produit à vrai dire de gangrène de l'utérus, il n'y a pas eu non plus de retentissement péritonéal, ni d'infection certaine de l'organe ; on en a eu la preuve au cours des opérations de réduction, qui n'ont trouvé aucune difficulté du côté du péritoine, ni adhérence, ni réaction.

Symptomatologie

Avant d'aborder l'étude symptomatologique de l'inversion utérine chronique, rappelons en quelques mots les symptômes de l'inversion aiguë.

C'est l'état grave de la malade qui frappe le plus ; elle a de violentes douleurs à siège abdominal et lombaire, elle est dans un état de choc extrême, peut présenter des vomissements, des convulsions et même un véritable état syncopal. Dominant tout le tableau, l'hémorragie peut être énorme et s'accompagner de tous les symptômes que l'on rencontre habituellement dans les grosses pertes de sang : pouls imperceptible, froideur des extrémités, etc...

Les signes physiques sont constitués par la présence de la tumeur vaginale, rouge foncé et mollassse que l'on aperçoit à la vulve. Cette tumeur s'effile vers son extrémité supérieure pour traverser le col et se terminer en un sillon circulaire correspondant à l'isthme. Par l'abdomen, on constate une dépression entre la vessie et le rectum.

Tous ces symptômes sont d'emblée aigus et commandent une intervention rapide sans quoi ils mènent la malade vers la mort.

Inversion utérine chronique

Lorsque l'on examine les différentes observations d'inversion utérine chronique que nous avons sous les yeux et que l'on cherche à se rendre compte du mode de début de cette inversion, on est frappé de l'imprécision des renseignements à ce sujet. C'est que très vraisemblablement l'inversion utérine chronique ne succède pas purement et simplement à l'inversion aiguë et qu'elle n'est pas, comme on pourrait le croire, la stabilisation à l'état chronique de l'inversion à l'état aigu. Cette inversion aiguë s'exprime cliniquement par un syndrome tellement dramatique qu'il est impossible qu'il passe inaperçu. Il est probable que, dans certains cas (Obs. II), l'inversion s'amorce en quelque sorte au cours ou après la délivrance, sans aller jusqu'au retournement total et à l'extériorisation de la tumeur utérine, et ce n'est que secondairement que par un processus tantôt subaigu, tantôt franchement lent, l'inversion va se réaliser.

On comprend alors que le début de l'inversion chronique soit cliniquement très variable. Il semble bien qu'il puisse passer inaperçu. Les symptômes initiaux sont avant tout des symptômes fonctionnels faits de choc hémorragique avec toute sa symptomatologie bien connue.

L'hémorragie peut ne pas exister. Notre malade de l'observation II ne saigna pas après son accouchement, mais fut prise d'un état de choc d'une gravité extrême qui alarma fortement son médecin. La malade de notre observation III, par contre, saigna abondamment, mais ses pertes de sang furent vite jugulées.

Cet état de choc hémorragique s'accompagne de petitesse du pouls, qui devient filant, imperceptible, de sueurs profuses, d'angoisse, de refroidissement des extrémités, de pâleur de la face, de tendance à la syncope, aux évanouissements, aux convulsions, etc..., tous signes qui traduisent d'ordinaire une hémorragie quelque peu importante. L'absence de tumeur utérine est le fait le plus remarquable de nos observations, puisque dans l'une et dans l'autre l'on n'a pas vu de tumeur utérine se produire au moment du début très probable de l'affection.

PÉRIODE D'ÉTAT.

La période d'état ne se réalise qu'au bout d'un temps variable : trois, huit, quinze jours et même davantage. Cette période se caractérise par des signes généraux, des signes fonctionnels et des signes physiques.

Signes généraux. — L'anémie chronique domine la scène. Cette anémie, anémie globulaire, n'a absolument aucune tendance à diminuer. Elle est d'autant plus grave qu'elle a commencé au moment de l'accouchement, qui a pu, lui-même, fatiguer la femme et la mettre dans un état de moindre résistance. La patiente peut présenter des évanouissements, de véritables syncopes même : elle est en outre à la merci de toute nouvelle hémorragie ; elle a peu d'appétit, puis peu à peu présente de l'amaigrissement et s'achemine vers la cachexie (Obs. I).

Signes fonctionnels. — Les hémorragies dont nous avons déjà parlé plus haut constituent le signe fonctionnel le plus important. Ce sont des hémorragies séro-hématiques, prenant l'allure de véritables pertes,

survenant à tous moments, souillant le linge. Ce ne sont pas des lochies, desquelles elles se différencient. Les lochies, d'une façon générale, sont des pertes de sang contenant des débris de caduque, des produits de desquamation ; elles sont d'abord sanglantes, formées de sang rouge, épais, puis deviennent séro-sanguinolentes, puis séreuses. Cette évolution se fait en huit à dix jours. Les pertes de l'inversion chronique, par contre, se sont montrées, chez nos malades, d'abord séro-sanguinolentes, puis sanglantes ; elles n'ont pas évolué vers la régression, mais sont devenues petit à petit plus abondantes. Elles se sont montrées très irrégulières avec des alternatives d'arrêt et de reprise.

Les douleurs ont été vraiment peu de chose chez nos malades. Elles se sont plutôt montrées sous forme de pesanteurs, de tiraillements, de gêne de la miction, d'impression désagréable que tout s'en va au moment de la défécation. Donc, pas de douleurs véritables, simplement sensation de gêne.

Signes physiques. — Les signes physiques fournissent des renseignements fort intéressants et ce sont eux qui permettent de faire le diagnostic.

Le palper du ventre de la malade nous montre un signe capital : la disparition du globe utérin. A sa place, un vide, un creux dans lequel s'enfoncent les doigts qui palpent. L'on ne saurait trop insister sur l'intérêt que présente ce signe et l'importance de sa recherche. Sa constatation permettra d'éviter l'erreur de diagnostic. Par ailleurs, la palpation de l'abdomen a montré chez nos malades une paroi parfaitement souple.

On examine la vulve, la tumeur peut paraître ; une de nos malades l'ayant vue ne croyait-elle pas avoir

une « descente de matrice » ; ou bien elle est intravaginale.

Au toucher, on la contourne : elle est arrondie, pyriforme. Sa surface est lisse, régulière, veloutée. Sa consistance était assez ferme chez la femme de notre observation III ; on comprend très bien pourquoi : l'anneau, en se serrant sur le pédicule, trouble la circulation et rend l'utérus turgescent.

On pénètre les doigts plus avant. On arrive, en suivant la muqueuse sur le pédicule. Là, on touche un bourrelet circulaire arrondi. C'est l'orifice même du col. Dans cet anneau vient s'implanter le pédicule de la tumeur qui le pénètre. Anneau et pédicule sont séparés par un sillon dépressif que l'on sent parfaitement au doigt. Pousant plus loin, on pénètre dans le sillon et on arrive dans une poche en cul-de-sac.

Continuant le toucher au palper, on peut mettre en évidence, plus facilement encore que par le palper abdominal simple, la dépression formée par l'absence de l'utérus dans l'abdomen.

Le toucher fut peu douloureux chez nos malades.

Regardée au spéculum, cette masse paraît rouge, saignante, veloutée.

C'est à cette période qu'il est important de faire le diagnostic, avant que la malade soit trop affaiblie, avant qu'elle ait perdu trop de sang. Si elle n'est pas opérée elle est à la merci soit d'une hémorragie importante, fatale, soit d'une cachexie progressive, plus lente, mais non moins fatale. La femme devient pâle, amaigrie et elle succombe d'anémie progressive consécutive à ses pertes. Cette évolution peut être plus ou moins rapide.

Diagnostic

Les caractères de l'affection, son évolution rapidement fatale, commandent un diagnostic précoce. Le succès opératoire sera d'autant plus certain que le diagnostic aura été fait plus tôt et la malade traitée plus vite. En effet, les hémorragies répétées, anémiantes diminuent graduellement les chances de l'intervention.

DIAGNOSTIC POSITIF.

On se basera pour faire le diagnostic positif sur l'histoire de la malade, sur les signes fonctionnels : c'est une femme accouchée depuis peu de temps et qui saigne. On se basera surtout sur les signes fournis par l'exploration : inspection, palper et toucher ; méthodes d'examen que nous avons étudiées dans le chapitre précédent. Les signes qu'elles fournissent sont en général suffisants. L'examen au spéculum, ou mieux avec des valves, pourra donner des renseignements que l'on ne devra pas négliger. On pratiquera également l'hystérométrie : la sonde est arrêtée tout de suite dans le cul-de-sac cervical circulaire et elle peut faire le tour de cette rigole lorsque le doigt n'a pas réussi lui-même à le faire.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Il sera à faire avec toutes les tumeurs prolabées dans le vagin et saillantes à la vulve.

Le prolapsus utérin. — Alors que l'utérus inversé présente, au niveau de l'orifice vaginal, une grosse masse qui s'amincit lorsque l'on suit la muqueuse vers le pédicule, l'utérus prolabé, au contraire, présente, en bas, son col tuméfié, béant. On remonte plus haut : pas de pédicule, pas de bourrelet, mais le corps de l'utérus qui a sa consistance normale. Les culs-de-sac vaginaux sont entraînés par l'utérus descendu.

Le polype muqueux. — Il est en général petit et implanté sur le col.

Le polype fibreux (fibrome). — L'aspect est sensiblement le même, mais la base d'insertion est plus profonde, le corps utérin est nettement ferme.

Le cancer utérin. — Le cancer en choux-fleur, bosselé, dur et friable. Cette association est caractéristique. La base d'implantation est sur le col. Les limites de la tumeur sont peu nettes et se perdent dans les tissus voisins. Elle saigne au contact, caractère non différentiel.

Cet aspect du cancer du col peut être rencontré dans les suites de couches. Le Docteur LEROUX a eu l'occasion d'observer une malade dans de telles conditions, trois semaines après un accouchement, et qui était amenée à l'Hôtel-Dieu de Nantes pour « rétentions placentaires nécessitant un nettoyage ». Tout ceci pour prouver les difficultés que peut rencontrer quelquefois le médecin ou chirurgien qui a à faire le diagnostic.

Le sarcome utérin racemeux, qui produit des masses végétantes molles, exocervicales, saignantes.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE LA FORME CLINIQUE
D'INVERSION.

Le diagnostic se pose entre l'inversion d'origine obstétricale et l'inversion polypeuse.

L'inversion polypeuse ne fait qu'augmenter la longueur et le volume de l'organe qu'il extériorise. Il y a là une évolution, une tumeur qui grossit. Dans l'inversion obstétricale, par contre, le maximum est atteint d'un coup.

Pronostic

1° GÉNÉRALITÉS. — Dans l'ensemble, le pronostic est grave. Trois observations : deux décès. Série bien courte cependant, qui n'autorise pas à des déductions très fermes. Néanmoins :

OBS. I. — Mort à longue échéance : six mois. Il est indiscutable qu'il y a eu erreur de diagnostic et que l'on aurait pu mieux faire. Le laps de temps qui s'est écoulé entre l'accouchement et le décès permettait largement l'intervention curative.

OBS. II. — Mort par anémie aiguë. Anémie préparée par plusieurs semaines de pertes séreuses et hématiques, à la suite desquelles une perte nouvelle plus abondante a mis la malade à bout. Dans de telles conditions, le décès, malgré l'intervention s'explique parfaitement étant donné l'état exceptionnellement grave de la malade. Il est possible qu'une hystérectomie eût été plus rapide que l'intervention de réduction qui fut pratiquée. Mais cette dernière opération ne paraît nullement choquante et ce n'est pas elle qui doit être incriminée, mais bien les circonstances seules de l'opération.

OBS. III. — *Guérison*. — Ici la malade a été amenée dans de bonnes conditions, précocement : huit jours après l'accouchement. L'opération a pu être faite délibérément à temps choisi, selon une technique bien réglée. Elle s'est passée sans incident et la guérison complète s'en est suivie.

2° Le PRONOSTIC de l'inversion utérine chronique est donc fonction essentiellement de l'opération qui sera faite. Il est évident que les cas abandonnés à eux-mêmes ne peuvent qu'aboutir à la mort. Le décès survient soit par anémie aiguë ou subaiguë résultant des pertes séro-sanglantes, soit par anémie chronique avec cachexie progressive, soit par accident surajouté : infection locale ; soit par tuberculose pulmonaire, qui vient compliquer l'état précaire de ces malades devenues parfois des grabataires.

On s'inspirera de telles notions pour diriger le plus rapidement possible ces malades vers leur seule planche de salut : l'opération.

Au contraire, lorsque l'opération a pu être pratiquée à temps et dans de bonnes conditions, le tableau clinique s'éclaircit singulièrement : la femme se trouve guérie d'une façon complète. Certaines observations montrent même que la grossesse est possible ultérieurement, avec accouchement dans des conditions favorables.

Dans d'autres criconstances, la femme, tout en guérissant de son inversion, peut conserver des séquelles sous forme de rétroversion utérine, avec ou sans adhérences au rectum.

Traitement

Les procédés de traitement sont nombreux. Il est difficile pour un chirurgien de donner une ligne de conduite absolue, chaque opérateur ayant eu trop peu d'occasions d'intervenir.

De tous, à part l'hystérectomie, qui a l'inconvénient de priver la femme de l'organe procréateur et qui ne semble applicable que dans les cas d'extrême urgence, deux procédés paraissent particulièrement intéressants : ce sont les procédés de Küstner et de Kehrer. Les deux dernières malades de nos observations furent opérées, la première selon la méthode de KEHRER, la seconde selon la méthode de KÜSTNER. Nous en ferons une étude développée.

Procédés non sanglants

Réduction manuelle par le taxis. — Peut être envisagée dans l'inversion utérine chronique. Mais, malgré les statistiques anciennes de CRAMPTON et VOGEL, il est bien peu certain que cette méthode donne de bons résultats. Dans aucun cas on ne devra agir d'une façon trop rude ni se servir d'instruments. Si l'on aboutit à un insuccès, ne pas insister.

Les tamponnements. — A l'aide de longues bandes de gaze larges. Cette méthode peut être curative dans certains cas, mais il est impossible de l'affirmer. Le taux des succès est loin d'être élevé.

On peut se servir aussi de ballons (ballon de Champetier de Ribes).

Il vaut mieux recourir à l'intervention sanglante.

Procédés sanglants

Réduction par voie abdominale. — Dans ce procédé, le chirurgien incise la ligne médiane dans la région hypogastrique, pénètre dans le péritoine et va à la recherche du sac utérin, dans lequel il pénètre le doigt. Ce doigt sert de fil conducteur à une pince dilatatrice. A l'aide de cette pince le col est dilaté et le taxis rendu possible (THOMAS). Les difficultés rencontrées au moment de la dilatation amenèrent les opérateurs à inciser la paroi utérine et le col. De là plusieurs méthodes différentes.

De toutes ces méthodes, quelles qu'elles soient, une chose paraît particulièrement épineuse : c'est le passage successif du champ abdominal au champ vaginal. Le chirurgien opère dans l'abdomen et doit conserver une main dans le vagin. Il y a là des chances d'infection. D'autre part, il ajoute à l'incision de l'utérus une laparotomie chez un sujet déjà affaibli par les hémorragies. Pour ces raisons les interventions par voie vaginale de KEHRER et de KUSTNER paraissent préférables.

COLPO-HYSTÉROTOMIE POSTÉRIEURE.

(Méthode de Küstner-Piccoli.)

Cette méthode eut pour point de départ l'ancienne opération de Küstner. PICCOLI, de Naples, en 1894, par des études sur le cadavre, y apporta incontestablement le premier des modifications définitives. C'est encore à un Italien, MORISANI, de Naples, que revint l'honneur, en 1896, de l'exécuter le premier sur le vivant. Chose curieuse, un peu plus tard, un Suédois, WESTERMARK (1897) et un Français, DURET (1898), qui ne connaissaient pas, à ce moment, ni la communication de PICCOLI, ni le succès opératoire de MORISANI, furent amenés à modifier l'ancienne opération de Küstner dans le même sens que ces derniers, au cours d'interventions sur inversions utérines anciennes. DURET, un peu plus tard, régla parfaitement la technique de l'intervention. Nous lui empruntons la description :

— Faire tout d'abord une antisepsie aussi soigneuse que possible du canal vaginal, puis mettre en place une valve postérieure.

— Avec une pince ou deux de Museux, saisir le fond de l'utérus aux environs des ostia uterina.

— L'utérus étant bien saisi, l'abaisser. Si l'inversion était incomplète, elle est alors rendue complète. Une traction sur les pinces de Museux bien amarrées est suffisante. Puis relever la masse en haut. Le cul-de-sac postérieur est complètement mis en lumière.

— L'inciser le plus près possible du col et transversalement. Cette incision doit être large et aller d'un ligament utéro-sacré à l'autre.

— Par cette incision, passer le doigt, le retourner et pénétrer dans l'infundibulum utérin qu'il explore.

S'il se trouve des organes interposés : anses d'intestin grêle par exemple, les protéger.

— Faire une incision médiane, verticale et postérieure de l'utérus, elle doit partir de l'incision vaginale, couper le col dans toute son épaisseur, puis la paroi utérine jusqu'au fond utérin. L'instrument rencontre successivement les différentes tuniques de l'utérus, muqueuse, musculuse et va jusqu'au péritoine qui tapisse l'infundibulum. Les différentes incisions forment ainsi un T. Apparaissent alors à travers l'incision les ligaments et les trompes.

— Réduire l'utérus inversé sur place en le retournant ; on y arrive en plaçant les pouces sur la face antérieure de l'organe. Les doigts allant s'accrocher aux lèvres de l'incision. Ces lèvres sont, en forçant, attirées en avant. L'utérus est ainsi retourné. Voici alors sa position : il est toujours dans le vagin, le fond en bas. La brèche opératoire, qui était postérieure, est devenue antérieure ; la muqueuse utérine qui tapissait la masse est devenue interne. La surface de péritoine, il y a un instant enfermée dans l'infundibulum, tapisse maintenant la masse.

— Suturer le corps utérin en partant du fond vers le col, d'abord la muqueuse, puis la musculuse et la séreuse en même temps, comme le conseille DURET ; ceci amenant une coaptation parfaite des différents plans. Pour la muqueuse, catgut en surjets ; muscle et péritoine, points séparés. MORISANI, dans sa première opération, sutura tout en bloc.

— Arrivé au col, laisser un à deux points avant de réduire l'utérus.

— Réduire l'organe par l'incision du cul-de-sac postérieur. Si cette incision n'est pas assez grande pour le passage de l'utérus, faire alors une nouvelle incision partant du milieu de la lèvre postérieure de

l'incision transversale et se poursuivant vers le rectum. N'y recourir que s'il en est besoin.

— Achever la suture du col après le refoulement du corps utérin. Drainer largement en laissant l'incision du cul-de-sac postérieur ouverte. Comme l'utérus aura une tendance à se renverser à nouveau et pour éviter dans la mesure du possible une rétroversion postérieure, bourrer au besoin de gaze le cul-de-sac de Douglas et le vagin.

COLPO-HYSTÉROTOMIE ANTÉRIEURE.

(Méthode de Kehrer-Spinelli.)

C'est KEHRER qui, le premier, en 1898, pratiqua l'hystérotomie antérieure. Il réussit à réduire un utérus inversé par une grande incision antérieure et médiane, comprenant le col, le corps et allant jusqu'au fond de l'utérus. Son opération consistait, l'incision étant faite, à repousser en doigt de gant le fond utérin et à le suturer à mesure à travers la brèche. SPINELLI, en 1900, s'attaqua également à la paroi antérieure, mais en incisant en même temps, d'une façon très large, le cul-de-sac vaginal. La même année, mais après SPINELLI, OUL, ignorant l'observation de ce dernier, pratiqua deux fois avec succès la colpo-hystérotomie antérieure avec incision du cul-de-sac.

Voici en quoi consiste cette opération :

— Après antisepsie du conduit vaginal et de la masse, mise en place d'une valve.

— Abaissement de l'utérus à l'aide de deux pinces de Museux fixées aux cornes utérines.

— Incision du cul-de-sac du vagin : incision semi-circulaire du cul-de-sac antérieur, puis décollement progressif de la zone de clivage vésico-utérine jusqu'à l'ouverture du cul-de-sac péritonéal.

— Ce cul-de-sac ouvert, explorer l'infundibulum utérin d'où sortent les cornes et les ovaires. S'assurer ainsi de l'absence d'anses intestinales dans l'infundibulum.

— Inciser la paroi utérine actuellement antérieure jusqu'au fond.

— Réduire l'inversion : l'utérus divisé est retourné sur son axe longitudinal, les pouces étant placés dans l'infundibulum et écartant les lèvres, les doigts renversant aisément l'utérus malgré l'épaisseur, la résistance des parois utérines, des trompes et des ligaments. Le temps essentiel terminé, l'utérus a repris sa disposition normale. Sa cavité est reformée, il est seulement basculé en avant. Il présente actuellement sur sa paroi postérieure la brèche opératoire ; dans un dernier temps :

— Le suturer par :

1° un surjet muco-muqueux ;

2° par points séparés sur le muscle.

Ce temps est assez laborieux quand on approche du col.

— Réduire alors l'utérus au travers de la brèche péritonéale antérieure. Pour cela, basculer l'utérus de 180° en le repoussant par des pressions modérées en haut et en arrière.

— Terminer la suture du col avec soin en affrontant exactement les bords.

— Drainer par une mèche iodoformée vésico-utérine. Si besoin, rétrécir l'incision du cul-de-sac et tamponner le vagin avec de la gaze antiseptique.

COLPO-HYSTÉROTOMIE AVEC VAGINO-FIXATION.

(Zaletel.)

M. ZALETEL (de Lublăna) a décrit, dans *Gynécologie et Obstétrique* de 1923 un nouveau procédé d'opération de l'inversion utérine chronique par colpo-hystérotomie antérieure avec vagino-fixation. Ce procédé semble consister, d'après la description assez peu claire de l'auteur, en une interposition de l'utérus entre la vessie et le vagin. Il aurait pour avantage, d'après son promoteur, d'empêcher les adhérences entre l'utérus réintégré dans l'abdomen et le rectum et aussi d'éviter la rétroversion utérine et enfin de s'opposer au prolapsus.

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE.

Les techniques de ces opérations sont parfaitement connues, aussi nous n'insisterons pas.

Choix du procédé à employer

Lorsque l'on passe en revue les observations d'inversion utérine chronique, on se rend compte que chacun des auteurs n'a eu l'occasion d'en observer qu'un nombre restreint et souvent une seule. Ce n'est donc pas l'expérience personnelle qui guide chaque opérateur vers l'un ou l'autre procédé, mais des notions quelque peu théoriques entre la convenance d'un procédé déterminé et le cas devant lequel il se trouve.

Les procédés médicaux de réduction soit manuelle, soit instrumentale (tamponnements, ballons de Cham-

petier (colporynter des auteurs allemands) sont indiscutablement tout à fait insuffisants dans le cas d'inversion utérine chronique, alors qu'au contraire, dans les cas aigus, ils peuvent rendre des services. Il faut donc nécessairement avoir recours aux procédés chirurgicaux. Ceux-ci se distinguent en procédés mutilateurs et en procédés conservateurs.

PROCÉDÉS MUTILATEURS.

L'hystérectomie, à vrai dire, tourne l'obstacle ou plutôt supprime la difficulté. Deux procédés s'offrent au gynécologue : la voie vaginale et la voie abdominale.

La voie vaginale a l'avantage d'être rapide et peu choquante : l'utérus s'offre pour ainsi dire au bistouri et peut être enlevé dans des conditions de facilité très grande. Tout se fait ici clairement à ciel ouvert et le seul temps qui demande des précautions semble être celui de l'ouverture de l'utérus, dans la cavité retournée duquel peuvent s'être glissées une ou plusieurs anses d'intestin grêle. L'hystérectomie vaginale sera donc le procédé de choix à employer dans les cas d'inversion utérine chronique comportant un état général très grave de la malade, qui ne paraît pas pouvoir supporter une opération plus longue. Encore est-il que dans ces cas d'extrême urgence on ne manquera pas d'utiliser tous les moyens de rendre à la malade un tonus et une vitalité meilleurs, en particulier par du sérum artificiel et une transfusion de sang.

L'hystérectomie abdominale est un procédé *a priori* peu logique, car il combine des manœuvres abdominales et vaginales et risque par conséquent l'infection du péritoine. Il paraît, comme dans le cas d'Ho-

DAC-DI, avoir été le suprême recours après échec des manœuvres de réduction par voie abdominale.

Procédés conservateurs

RÉDUCTION PAR VOIE ABDOMINALE APRÈS LAPAROTOMIE.

La réduction par voie abdominale semble relativement facile et on peut penser que les tractions sur les ligaments d'arrêt de Bar peuvent aboutir à la réduction sous les yeux du cul-de-sac utérin. En réalité, c'est une opération que nous considérons comme peu recommandable pour plusieurs raisons :

Elle n'est pas si facile qu'elle semble. Les tissus ont repris une tonicité très grande et il est souvent nécessaire, pour obtenir la réduction, de faire repousser par le vagin le fond de l'utérus et comme cela il ne suffit en général pas d'inciser de dedans en dehors le bourrelet utérin. On ouvre ainsi un cul-de-sac isolant la région septique du vagin et là encore on risque la péritonite.

Le seul avantage de ce procédé est d'examiner *de visu* l'état des annexes et de s'assurer *de visu* également de la vacuité du cul-de-sac utérin. Mais cet avantage relatif est contrebalancé par des inconvénients énormes énumérés plus haut et aussi par la possibilité d'échecs qui rendent nécessaire l'hystérectomie.

COLPO-HYSTÉROTOMIE ANTÉRIEURE ET POSTÉRIEURE.

Restent alors en présence les deux procédés de colpo-hystérotomie antérieure et postérieure, dont nous avons pu comparer les mérites respectifs par deux opérations faites à quelques jours d'intervalle.

La colpo-hystérotomie antérieure offre des difficultés et certains dangers ; elle nécessite l'ouverture de la zone décollable vésico-utérine ; il faut donc longer la vessie et avoir bien soin de la protéger.

La réduction de l'inversion ne présente pas de difficultés particulières, mais lorsqu'elle est effectuée, l'incision utérine médiane est devenue postérieure. Il faut alors, pour en pratiquer la suture, basculer l'utérus ; la suture devient assez difficile, la face postérieure s'exposant mal.

La réintroduction de l'utérus dans l'abdomen est relativement malaisée pour peu que l'utérus soit volumineux, comme c'est fréquemment le cas, parce que la brèche rétro-vésicale n'est pas très grande. Toutes ces manœuvres sont évidemment assez délicates et demandent du temps et de la douceur.

La colpo-hystérotomie postérieure, au contraire, a nettement nos préférences. Elle est certainement plus rapide, plus sûre, plus facile que la colpo-hystérotomie antérieure. Lorsque l'utérus inversé a été relevé en haut et en avant par les pinces de Museux, le cul-de-sac de Douglas s'expose de lui-même et rien n'est plus facile que de l'ouvrir.

La manœuvre d'exploration intra-abdominale de l'utérus est très facile. De même la section médiane de l'utérus se fait sans difficulté. Enfin, une fois l'utérus renversé, la brèche utérine se présente en avant sous la vue, l'utérus tombant de lui-même verticalement. La suture utérine en deux plans se présente donc sans aucune difficulté.

Quant à la réintroduction de l'utérus, elle est facilitée par le large espace dont on dispose dans la région postérieure de la cavité pelvienne et aussi par les facilités qu'on a, si besoin est, d'élargir latéralement la colpotomie du Douglas. Si l'on prend soin

de drainer le Douglas avec une mèche, les suites immédiates sont en général très bonnes.

Le seul point noir au tableau de la colpo-hystérotomie postérieure serait les suites éloignées. On a invoqué la rétroversion utérine qui devient incoercible parce qu'il se produirait entre utérus suturé et rectum des adhérences définitives. C'est pour obvier à cet inconvénient que ZALETEL donne la préférence à son procédé un peu spécial d'interposition utérine intervésico-vaginale. Malgré cela il nous semble bien que la balance doive pencher en faveur de la colpo-hystérotomie postérieure.

Conclusions

I. — L'inversion utérine chronique d'origine obstétricale est très rare.

II. — Elle paraît se constituer progressivement, s'étant probablement amorcée au moment de la délivrance, et ne résulte pas, comme il semblerait, de la stabilisation d'une inversion aiguë.

III. — La symptomatologie comprend comme signes fonctionnels les hémorragies et les écoulements séro-hématiques, entraînant un état d'anémie plus ou moins profond.

IV. — Le diagnostic relativement facile s'établit par la constatation d'une tumeur vaginale représentant l'utérus inversé, tumeur qui coïncide avec l'absence du corps utérin dans la cavité pelvienne. Le diagnostic différentiel se pose avec le prolapsus utérin, les polypes muqueux et fibreux, le cancer utérin, le sarcome utérin racemeux. Dans certains cas il faut distinguer l'inversion d'origine obstétricale de l'inversion polypeuse.

V. — Le pronostic de l'affection, grave lorsqu'elle est livrée à elle-même, est très amélioré par l'opération faite à temps.

VI. — Le traitement est avant tout chirurgical. Il comprend : des procédés mutilateurs : hystérectomie abdominale ou vaginale, et des procédés conservateurs : réduction par voie abdominale, réduction par voie vaginale avec ses deux variantes, le procédé de Kehrer ou colpo-hystérotomie antérieure, et le procédé de Küstner ou colpo-hystérotomie postérieure.

VII. — Les procédés de choix sont :

a) dans les cas d'urgence : l'hystérectomie vaginale ;

b) dans les autres cas : la colpo-hystérotomie postérieure.

Vu .

**LE DOYEN,
ROUSSY.**

Vu :

**LE PRÉSIDENT,
BRINDEAU.**

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,

S. CHARLETY.

Bibliographie

- ANGELL (A.). — Chronic inversion of uterus. (*Policlinico sor. Chirg.*, 29 : 189-197, avril 1922 (illust.).)
- ARETA (T.) et CARRA (E.). — Inversion uterina total y cronica de Siete anas. (*Semana Med.*, I ; 90-92, janvier 13, 1927).
- BAR (P.). — *Société d'obst. de Paris*, 1902.
- BECERRO DE BENGUA (M.). — Chronic post partum inversion of uterus. (*An. de Fac. de Med. de Montevideo*, 5 : 436, July, Aug. 1920).
- Bulletin de Société d'Obstétrique et Gynécologie*. — 1926 : communication de PEY.
- 1929 : communication de LAFFONT et JAHIER.
- 1932 : communication de COURTOIS et GRASSET.
- FINDLEY (P.) (omalia). — *The American Journal of Surgery*, nov. 1927.
- FRESSON (H.). — *Thèse*, Paris 1902.
- HANDORN (L.). — Operative treatment and cure in case of chronic puerperal inversion of uterus. (*Zeutralbl. F. Gynak.*, 47 : 1211-1215, july 28, 1923).
- HEINTZE (M.). — *Thèse*, Strasbourg, 1920-21.
- HO-DAC-DI. — Inversion utérine complète et chronique. (*Presse Médicale*, n° 63, 8 août 1931).
- JENSEN (V.-W.). — Chronic total Inversion of tuterus. (*J. A. M. A.*, 75 : 310, july 31, 1920).
- KUTSNER. — *Monatschreft, f. geb. u. Gyn.*, 1901.
- MESLEY. — Inversion utérine opérée quatre mois après l'accouchement. Décès a sixième, d'une grossesse ultérieure. (*Société Nationale de Chir.*, séance du 22 janvier 1930).

- NICHOLSON (E.). — Inversion uterina chronica ; euracion quirurgica ; embarazo ulterior, operacion cesarea. (*Bol. Soc. de Obst. y Gynecol.* 7 : 392-395, nov. 7, 1928).
- OLIVIERA-MELLO. — *Revue d'ost. et de gynecol. du Brésil*, n° 8, août 1927.
- OUI. — *Communcation au Congrès de Gyn. et d'Ost. de Nantes*, 1901.
- RIBEMONT-DESSAIGNE et LEPAGE. — *Traité d'obst.*
- RAWLINS. — Two cases of chronic inversion of uterus. (*Proc. Roy. Soc. Med.*). (*Sect. Obst. and Gynecol.*, 24 : 82-84, oct. 1931).
- ROUVIÈRE. — *Précis d'Anatomie*.
- UPENSKY (S.-V.). — Treatment of chronic cases of inversion of uterus. (*Vrach. Gaz.*, 32 : 1262-1264, sept. 1928).
- ZALETEL. — *Gynecologie et obst.*, 1920.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
OBSERVATIONS	13
ETIOLOGIE	21
CONDITIONS PRÉALABLES.....	21
CAUSES ADJUVANTES.....	22
ANATOMIE PATHOLOGIQUE.....	27
SYMPTOMATOLOGIE	31
INVERSION UTÉRINE CHRONIQUE.....	32
<i>Période d'état</i>	33
Signes généraux.....	33
Signes fonctionnels.....	33
Signes physiques.....	34
DIAGNOSTIC	37
DIAGNOSTIC POSITIF.....	37
DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL	38
DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE LA FORME CLINIQUE D'INVER- SION	39
PRONOSTIC	41
1° Généralités	41
2° Le pronostic.....	42

TRAITEMENT	43
PROCÉDÉS NON SANGLANTS.....	43
PROCÉDÉS SANGLANTS.....	44
<i>Colpo-hystérotomie postérieure.....</i>	45
<i>Colpo-hystérotomie antérieure.....</i>	47
<i>Colpo-hystérotomie avec vagino-fixation.....</i>	49
<i>Hystérectomie abdominale.....</i>	49
<i>Hystérectomie vaginale.....</i>	49
Choix du procédé à employer.....	49
PROCÉDÉS CONSERVATEURS.....	51
<i>Colpo-hystérotomie antérieure et postérieure.....</i>	51
CONCLUSIONS	55
BIBLIOGRAPHIE	57

